

به نام خداوند بخشنده مهربان

آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

1

مدرس:

نسیم بهرامی

عضو هیات علمی دانشکده پرستاری و مامایی قزوین

انتظار می رود فراگیرنده، پس از گذراندن این درس، بتواند:

- انقلاب اوّل و دوّم در بهداشت عمومی را شرح دهد
- اهمیت نقش برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در انقلاب دوّم را بیان کند
- آموزش بهداشت و ارتقای سلامت را تعریف کند
- دلایل استفاده از نظریه ها و الگوها در مداخلات بهداشتی را فهرست کند
- نظریه و الگو را تعریف کند
- مهمترین الگوهای برنامه ریزی در آموزش بهداشت را توضیح دهد
- مهمترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار را شرح دهد

- پیش از اواسط سده بیستم: بیماری های عفونی عامل عمده بیماری و مرگ و میر
- امروزه: دلایل عمده مرگ و میر در بسیاری از کشورها، بیماری های مزمنی مانند بیماری های قلبی، سرطان و سکته مغزی هستند که در طی دوره ای نسبتاً طولانی و بیشتر بر اثر جنبه های منفی شیوه زندگی و رفتارهای فرد ایجاد می شوند.
- عواملی مانند استعمال دخانیات، الگوهای نامناسب تغذیه ای، نداشتن فعالیت های جسمی، مصرف مشروبات الکلی، رفتارهای ناسالم جنسی و جراحات اجتناب پذیر: مهمترین رفتارهای موثر بر مرگ و میر

➤ بازپیدی

➤ نوپیدی

➤ عصر ارتقای سلامت

- (۱) ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری : اهداف بهداشتی برای کشور
- (۲) مردم سالم ۲۰۰۰ : اهداف ملی ارتقای سلامت و پیشگیری از بیماری

آموزش بهداشت

➤ پیدایش رشته آموزش بهداشت به عنوان رشته ای تخصصی: اوایل سده نوزدهم

تعاریف رایج :

➤ آموزش بهداشت "تلاش می کند فاصله میان آگاهی و عمل را پر کند

➤ **"هدف آموزش بهداشت** تغییر رفتارهای زیان بخش افراد، گروه ها و جمعیت ها بر رفتارهای سودبخشی است که بر سلامت کنونی و آتی آنان تأثیرمی گذارد

➤ آموزش بهداشت عبارت است از "استفاده از هرگونه ترکیبی از روش های آموزشی گوناگون به منظور تسهیل پذیرش داوطلبانه رفتارهای موثر بر سلامت

➤ **ارتقای سلامت:** با روشن شدن نقش بالقوه آموزش بهداشت در تامین سلامت جامعه، فعالیت های آموزش بهداشت دامنه ای وسیع تر یافت و از سازه " ارتقای سلامت " برای توصیف طیفی گسترده تر از فعالیت های بهداشتی استفاده شد.

- ارتقای سلامت : هرگونه ترکیبی از فعالیت های آموزش بهداشت و حمایت های محیطی، سازمانی و اقتصادی که از رفتارهای منجر به سلامت فرد، گروه و اجتماع صورت می گیرد
- ارتقای سلامت: علم و هنر کمک به مردم برای تغییر شیوه زندگی به منظور نیل به وضعیت مطلوب سلامت است
- تغییر شیوه زندگی: به وسیله ترکیبی از تلاش ها برای افزایش آگاهی، تغییر رفتار و ایجاد محیط حامی رفتارهای سالم صورت گیرد"
- توجه اصلی فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت: رفتار
- رفتار: متغیر وابسته اصلی در اکثر تحقیقات مربوط به تدابیر مداخله ای آموزش بهداشت و ارتقای سلامت
- "توجه آموزش بهداشت نه تنها بر فرد و خانواده اش، بلکه بر سازمان ها، نهادها و شرایط اجتماعی که مانع یا یاری رسان افراد برای رسیدن به بالاترین حد سلامت است نیز معطوف می شود".

➤ آموزش بهداشت در ابتدا آموزش پاکیزگی (۱۹۰۰-۱۹۲۰): تاکید آن بر آموزش بهداشت فردی، بیماری های واگیر و مشروبات الکلی

➤ امروزه دامنه فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت حد و مرزی نمی شناسد.

➤ مشاوره در زمینه های مختلف

➤ برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت در هر محیطی امکانپذیر است

➤ آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، رشته ای است بهینه گزین و به سرعت در حال رشد، تحول و تکامل.

➤ گزینش و ترکیب موثرترین رویکردها، روش ها و سیاست های برگرفته از: علوم بهداشتی، روان شناسی، جامعه شناسی، مردم شناسی، ارتباطات، پرستاری، علوم رفتاری، بازاریابی، اپیدمیولوژی، آمار، و پزشکی

نقش نظریه ها و الگوها در فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت

7

- الگوها و نظریه ها راهنماهایی هستند برای فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت.
- نظریه ها می توانند به پرسش های برنامه ریزان در مورد این که چرا مردم رفتار مطلوب مورد نظر را ندارند، چگونه باید رفتارها را تغییر داد، و چه عواملی را باید در ارزشیابی برنامه ها در نظر گرفت، پاسخ دهند
- میزان موفقیت برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت متفاوت است، آن ها که بر اساس نظریه ها و الگوهای مناسب تهیه شده اند، از احتمال موفقیت بیشتری برخوردارند
- مزایای استفاده از نظریه ها و الگوها :

- ۱) نظریه ها و الگوها پایه و اساس مداخلات آموزشی را تشکیل می دهند
- ۲) ابزاری برای تبیین و توجیه طرح های بهداشتی هستند
- ۳) چارچوبی برای برنامه ریزی مداخلات بهداشتی هستند
- ۴) به برنامه جهت و حقانیت می دهند
- ۵) از روش سخت "آزمون و خطا" جلوگیری می کنند
- ۶) امکان تکرار مجدد مداخلات بهداشتی را فراهم می کنند
- ۷) فرایندی روشمند برای تحلیل موفقیت ها و شکست ها هستند

➤ **نظریه:** "مجموعه ای است از سازه ها، تعاریف و قضیه ها که نماینده دیدگاهی نظام مند به یک واقعه یا موقعیت است و رابطه میان متغیرها را به منظور تشریح و پیش بینی وقایع یا موقعیت ها مشخص می کند"

➤ **نظریه:** توضیحی است کلی در مورد چرایی عملکردهای مرتبط با سلامت افراد. چرا فرد برای حفظ یا ارتقای سلامت خود، خانواده، سازمان یا جامعه اش اقدامی انجام می دهد، یا نمی دهد؟

➤ **الگوها:** متخصصان کمک می کنند مشکل را در ساختار یا چارچوبی خاص درک کنند

➤ **پیش بینی رفتارها**

➤ **طبقه بندی الگوها و نظریه ها به دو دسته:**

❖ **دسته اوّل نظریه ها و الگوهایی که برای برنامه ریزی، اجرا و ارزشیابی برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت به کار می روند؛**

❖ **دسته دوّم نظریه ها و الگوهایی که برای تغییر رفتار از آن ها استفاده می شود**

الگوهای برنامه‌ریزی

➤ معروف ترین آن ها عبارت اند از:

- ۱) الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید
- ۲) الگوی جامع آموزش بهداشت
- ۳) الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت و توسعه منابع
- ۴) الگوی عمومی برنامه‌ریزی
- ۵) الگوی برنامه‌ریزی آموزش بهداشت
- ۶) سیستم ژنریک عرضه خدمات بهداشتی و تندرستی

الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

- الگوی برنامه‌ریزی پریسید: در سال ۱۹۸۰ دکتر گرین و همکارانش
- معروف‌ترین و رایج‌ترین الگوی برنامه‌ریزی در زمینه آموزش بهداشت و ارتقای سلامت است.
- دو بخش پریسید و پروسید
- در قسمت پریسید: به پرسش‌هایی از قبیل چه چیزی، به چه دلیل و چه کسی پاسخ داده میشود
- در بخش پروسید: منابع، موانع، خط‌مشی‌ها، مقررات و عوامل سازمانی و همچنین طراحی، اجرا و ارزشیابی برنامه مورد بررسی قرار می‌گیرد.
- الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید شامل ۹ مرحله است:

۱) ارزیابی اجتماعی و بررسی موقعیت

- بررسی کیفیت زندگی گروه هدف (مثلا دانش آموزان مقطع راهنمایی یک منطقه، بیماران یک کلینیک، کارکنان یک اداره، ساکنان یک محله، زنان باردار یک روستا و ...)
- بهترین روش: مشارکت دادن وسیع گروه هدف در تحقیقی به منظور تعیین نیازها و آمال آنها
- مشکلات اجتماعی جمعیت های هدف، بهترین و عملی ترین شاخص های کیفیت زندگی را به دست می دهد
- استفاده از چند روش جمع آوری اطلاعات

۲) ارزیابی همه گیر شناسی

- کاربرد در برنامه های بهداشتی
- در بعضی برنامه های اجتماعی ممکن است به انجام دادن این مرحله نیاز نباشد
- اهداف یا مشکلات بهداشتی که امکان دارد بر اهداف یا مشکلات اجتماعی تعیین شده در مرحله اوّل موثر باشد، شناسایی می شود.
- اولویت بندی نیازهای بهداشتی: اختصاص منابع موجود برای حلّ آن مشکل بهداشتی که بیش از همه گروه هدف را تحت تاثیر قرار داده است

الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

➤ (۳) ارزیابی رفتاری و محیطی

- عوامل رفتاری و محیطی موثر بر مشکل بهداشتی تعیین شده در مرحله دوم مشخص می‌گردد.
- منظور از عوامل محیطی: موارد بیرونی است که در صورت اصلاح می‌تواند از رفتار، سلامت یا کیفیت زندگی فرد حمایت کند.
- تشخیص این مسئله به برنامه‌ریزان یاری می‌دهد واقع بینانه‌تر عمل کنند و محدودیت‌های برنامه‌هایی را که تنها بر رفتار فرد تمرکز دارند، تشخیص دهند.

➤ (۴) ارزیابی آموزشی و بوم‌شناختی (اکولوژیکی)

- ❑ عوامل زمینه ساز
- ❑ عوامل تواناساز
- ❑ عوامل تقویت کننده

الگوی برنامه‌ریزی پریسید - پروسید

13

۵) ارزیابی اداری و بررسی خط مشی ها

- ارزیابی امکانات و توانایی های اداری و سازمانی و منابع به منظور تدوین و اجرای یک برنامه
- بررسی محدودیت های منابع، خط مشی ها، امکانات و زمان

۶) اجرا

- اهداف برنامه به اقدامات عملی تبدیل و برنامه به مورد اجرا گذاشته می شود.
- ارزشیابی : فرایندی است مستمر که از ابتدای مرحله اجرا آغاز می شود.
- سه نوع ارزشیابی از برنامه: ارزشیابی فرایند، تاثیر و نتیجه.

۷) ارزشیابی فرایند

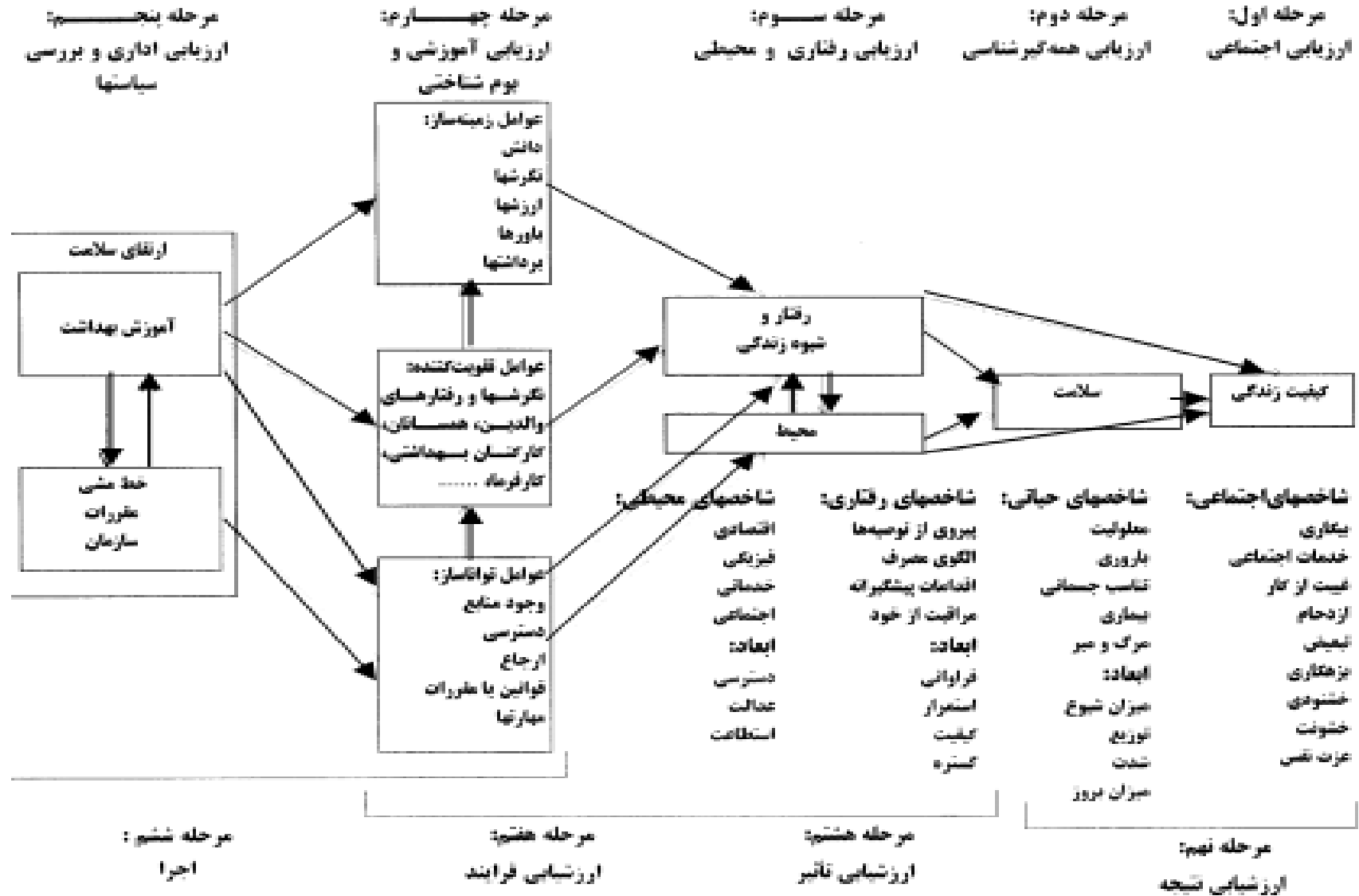
ارزشیابی سیاست ها، منابع، کارکنان، کیفیت خدمات و فعالیت های اجرایی

۸) ارزشیابی تاثیر

ارزشیابی تاثیرهای برنامه بر اهداف میانی، مانند تغییر عوامل زمینه ساز، تقویت کننده، تواناساز و عوامل رفتاری و محیطی

۹) ارزشیابی نتیجه

ارزشیابی تاثیرهای نهایی و بلندمدت برنامه و مقایسه آن با اهداف غایی، مانند تغییر در کیفیت زندگی، شاخص های بهداشتی و اجتماعی



➤ این الگو شامل شش مرحله است (Sullivan, 1973) که عبارتند از:

(۱) مشارکت دادن مردم

گروه هدف و افراد مسئول اجرای برنامه تعیین شود، نقش کسانی که دخیل هستند مشخص گردد و ارتباطات لازم میان افراد به وجود آید.

(۲) تعیین اهداف

اهداف غایی مربوط به وضعیت سلامت، اقدامات فردی، عملکردهای آموزش بهداشت و منابع آموزش بهداشت مشخص شود.

(۳) تعریف مشکلات

➤ ارزیابی نیازها،

➤ تعیین فاصله میان وضع موجود و آنچه باید باشد

➤ تعیین مشکلی که باید به وسیله برنامه حل شود

۴) طراحی برنامه

- تعیین مناسب ترین رویکرد برای رسیدن به اهداف; تعیین اهداف ویژه عملیاتی; نوشتن جدول زمان بندی، فعالیت ها، و منابع; پیش آزمون برنامه و تدوین مراحل ارزشیابی; کسب اجازه برای اجرای برنامه; و گرفتن تعهد برای تامین منابع

۵) فعالیت های اجرایی

- کسب منابع لازم برای اجرای برنامه، تدوین سیاست ها و مقررات لازم برای مراحل اجرا، و اجرای برنامه

۶) ارزشیابی نتایج

- تعیین ارزش کلی برنامه به وسیله مقایسه نتایج بدست آمده با اهداف برنامه در چارچوب فعالیت های انجام گرفته و منابع استفاده شده

الگوی عمومی برنامه‌ریزی (GMPP) A Generalized Model for Program Planning

همه الگوهای برنامه‌ریزی حول شش مرحله‌ای که در "الگوی عمومی برنامه‌ریزی" مطرح شده است، می‌چرخند.

■ شش مرحله (McKenzie & Smeltzer, 1997)

۱) ارزیابی نیازهای گروه هدف

۲) شناسایی مشکلات

۳) تدوین اهداف مناسب

۴) طراحی برنامه

۵) اجرای برنامه

۶) ارزشیابی

نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

► برای طراحی مداخلات آموزش بهداشت به منظور کمک به افراد گروه هدف جهت تغییر رفتار: نظریه ها و الگوهای مناسب در این زمینه

► هر یک از این نظریه ها و الگوها، بسته به سطح تاثیر مورد نظر، برای موقعیتی مناسب هستند.

► **سطوح تاثیر در الگوی بوم شناختی اجتماعی مک لیروی:**

1 (عوامل درون فردی

۲ (عوامل میان فردی

۳ (عوامل سازمانی

۴ (عوامل اجتماعی

۵ (سیاست ها و خط مشی ها

- الگوی مک لیروی: رفتارهای بهداشتی بخشی از سامانه اجتماعی بزرگ تر رفتارها و تاثیرهای اجتماعی را تشکیل می دهند؛ مانند رودخانه، جنگل یا کویر که بخشی از سامانه بوم‌شناختی بزرگ‌تر (یا اکوسیستم) است.
- تغییر رفتار: نیازمند ایجاد تغییر در کل سامانه برای حمایت از رفتارهای بهداشتی
- برنامه ترک سیگار: فرد، شبکه های اجتماعی، سازمانها، مناطق، جمعیت ها، محیط ها
- انگ: برای استفاده موفق از چارچوب بوم شناختی اجتماعی، نظریه باید در محیط های متعدد به کار گرفته شود، و برای تعیین میزان تاثیر آن، باید تحقیق انجام داد.

مهم ترین نظریه ها و الگوهای تغییر رفتار

- ۱) الگوی باورهای بهداشتی
- ۲) الگوی مراحل تغییر
- ۳) نظریه یادگیری اجتماعی
- ۴) نظریه اشاعه نوآوری
- ۵) نظریه رفتار برنامه ریزی شده

الگوی باورهای بهداشتی

► اوایل دهه ۱۹۵۰ : گروهی روان شناس اجتماعی در تلاش برای فهم چرایی کوتاهی مردم در استفاده از خدمات بهداشتی پیشگیرانه موجود، یا انجام دادن آزمایش های تشخیصی برای تشخیص به هنگام بیماری های بی نشانه، الگوی باورهای بهداشتی را تدوین کردند (Rosenstock, 1966)

► احتمال در پیش گرفتن رفتار بهداشتی بستگی مستقیم به دو ارزیابی دارد :

۱. **برداشت فرد** از میزان خطری که او را تهدید می کند

۲. **ارزیابی فرد** از **منافع و موانع** عمل بهداشتی

عوامل متعددی بر درک فرد از میزان خطری که او را تهدید می کند تاثیر می گذارند، این عوامل عبارتند از:

عوامل موثر بر درک فرد از میزان خطری که او را تهدید می کند:

۱ - برداشت فرد از میزان آسیب پذیری اش در برابر بیماری

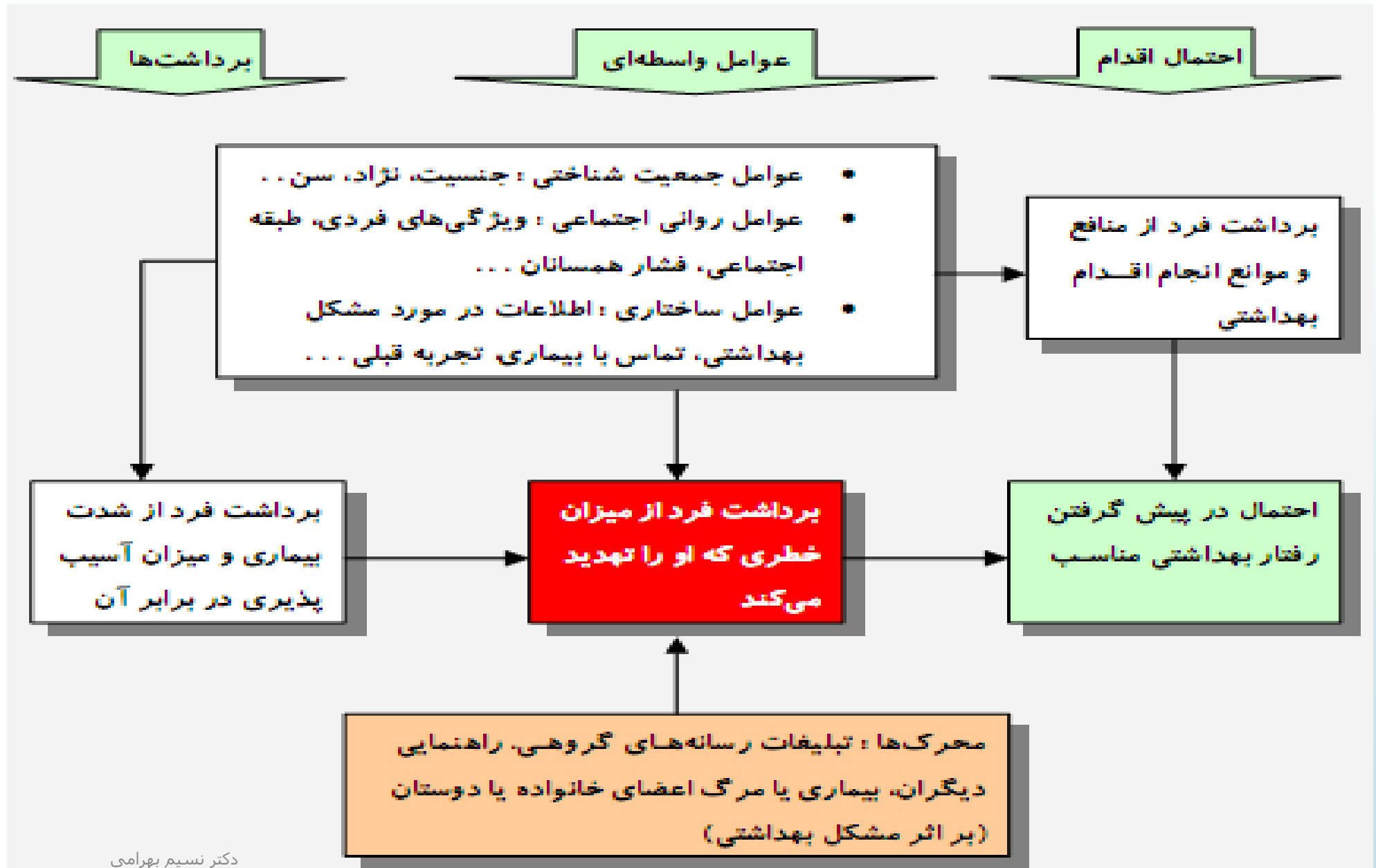
۲ - برداشت فرد از میزان شدت بیماری

- ارزشیابی پیامدهای جسمانی (مانند درد، ناتوانی، مرگ) ، و پیامدهای اجتماعی (مانند تاثیر بر زندگی خانوادگی، روابط اجتماعی، و وضعیت شغلی)
- این پیامدها هرچه در نظر فرد جدی تر: احتمال انجام دادن اقدامات بهداشتی نیز بیشتر
- احتمال در پیش گرفتن رفتار مناسب بهداشتی تحت تاثیر عوامل واسطه ای: مانند ویژگی های جمعیت شناختی (سن، جنس، نژاد) ، عوامل روانی اجتماعی (خصوصیات فردی، طبقه اجتماعی، همسانان) ، و عوامل ساختاری (اطلاعات در مورد بیماری)
- محرك ها:** عواملی که امکان دارد موجب تحريك اقدام بهداشتی شوند.
- درونی (مانند نشانه های بیماری)
- بیرونی (مانند تبلیغات رسانه های گروهی، توصیه پزشک، بیماری یا مرگ نزدیکان بر اثر مشکل بهداشتی)

عوامل موثر بر درک فرد از میزان خطری که او را تهدید می کند:

۳- احتمال اقدام

- احتمال مبادرت ورزیدن به اقدام بهداشتی
- فرد باید باور کند: اقدام او برای پیشگیری، تشخیص و درمان به موقع یا کاهش شدت بیماری موثر واقع خواهد شد.
- موانع اقدام بهداشتی: درونی مانند درد یا اضطراب؛ یا بیرونی مانند هزینه، غیبت از کار، یا سهولت دستیابی.



➤ تغییر رفتار ارادی شامل پنج مرحله است:

- ۱) **پیش قصد**: تغییر رفتار هنوز مورد توجه فرد قرار نگرفته است، و امکان دارد او در مورد تغییر حتی فکر هم نکرده باشد.
- ۲) **قصد**: فرد به وجود مشکل پی برده و تغییر رفتار را در نظر گرفته است؛ اما هنوز آماده دادن تعهد برای اقدام نیست.
- ۳) **تدارک**: فرد آماده ایجاد تغییر در رفتار خود و برنامه‌ریزی برای رسیدن به یک هدف رفتاری، مانند ترک سیگار است.
- ۴) **عمل**: فرد، به طور آشکار، رفتار مورد نظر را در پیش می‌گیرد.
- ۵) **حفظ**: یا تثبیت که فرد برای حفظ تغییرات و مقاومت در برابر وسوسه‌های بازگشت می‌کوشد.

➤ برنامه‌های بهداشتی باید بر این اساس که گروه هدف در چه مرحله‌ای قرار دارد، طراحی شوند.

➤ وظیفه متخصصان آموزش بهداشت: گروه هدف یا فرد را از مرحله‌ای به مرحله بعد هدایت کنند.

➤ یکی از راه‌های تعیین مرحله تغییر: انجام دادن بحث گروهی با گروه هدف

نظریه یادگیری اجتماعی

- بر اساس این نظریه، مهمترین نوع یادگیری افراد، فراگیری مشاهده ای است.
- بندورا (Bandura, 1977) معتقد بود که انسان ها از راه مشاهده رفتار دیگران و پیامدهای آن یاد می گیرند و در این نوع فراگیری به تجربه مستقیم نیازی نیست.
- تحقیقات نشان داده است در نوجوانانی که پدر و مادر یا دوستانشان مواد مخدر یا مشروبات الکلی مصرف می کنند احتمال مصرف بیشتر است.

■ شرحی است بر چگونگی اشاعه و پذیرش نوآوری ها در یک جمعیت.

بر اساس این نظریه (Rogers, 1983):

■ اشاعه نوآوری ها ممکن است به صورت عمودی از بالا به پایین یا افقی به وسیله همسانان

■ راجرز، پذیرندگان نوآوری ها چهارگروه هستند: پیشگامان، زودپذیرندگان، اکثریت مقدم یا موخر، و واماندگان.

➤ پیشگامان: نخستین کسانی هستند که یک نوآوری را می پذیرند.

➤ زودپذیرندگان کسانی هستند که به نوآوری علاقه دارند.

➤ اکثریت اولیه: گروهی که امکان دارد علاقه مند به نوآوری، اما نیازمند انگیزه هایی بیرونی برای پذیرش باشند.

➤ اکثریت موخر: افرادی که معمولاً دیر باورند و تا زمانی که اکثریت مردم جامعه شان نوآوری را نپذیرند، خود را درگیر آن نمی کنند.

➤ واماندگان معمولاً یا جزو آخرین پذیرندگان نوآوری هستند و یا هیچ گاه آن را نمی پذیرند.

➤ متخصصان آموزش بهداشت می توانند از نظریه اشاعه نوآوری برای تعیین اهداف و جدول زمان بندی واقع بینانه استفاده کنند. آنان جهت تسریع فرایند اشاعه، می توانند در آغاز کار نوآوری های بهداشتی را برای پیشگامان و زودپذیرندگان مطرح کنند.

نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده

► نظریه رفتار برنامه‌ریزی شده (Fishbein & Ajzen, 1975): قصد انجام دادن یک رفتار، تابعی است از:

- ۱) نگرش فرد نسبت به یک رفتار
 - ۲) نظر افرادی که برایشان اهمیت قابل است در باره آن رفتار
 - ۳) برداشت فرد از سختی یا آسانی به انجام رساندن آن رفتار
- مثال: امکان ترک سیگار در فردی که ویژگی‌های زیر را داشته باشد بیشتر است:
- ۱) نگرش مثبت در مورد ترک سیگار داشته باشد (نگرش نسبت به رفتار)
 - ۲) تصور کند دیگرانی که برایشان ارزش قابل است ترک سیگار او را تایید می کنند (هنجارهای انتزاعی)
 - ۳) احساس کند ترک سیگار در اختیار اوست (احساس کارآیی فردی).

- تغییر علل عمده مرگ و میر از بیماری های عفونی به بیماری های مزمن: ، توجه به سرچشمه این بیماری ها، یعنی شیوه زندگی و رفتار انسان ها
- نخستین انقلاب بهداشت عمومی: تا اواسط دهه ۱۹۵۰ ، بسیاری از بیماری های عفونی مهار شوند.
- دومین انقلاب: از سال ۱۹۷۴ و با هدف پیشگیری از بیماری ها و ارتقای سلامت آغاز شد
- الگوی پزشکی (Medical Model) پاسخگوی نیازهای بهداشتی جامعه نیست و نمی تواند تامین کننده سلامت افراد جامعه باشد و فعالیت های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت از بیشترین ظرفیت برای تامین سلامت مردم برخوردار است،
- متأسفانه، در کشور ما برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت هنوز جایگاه واقعی خود را در سامانه خدمات بهداشتی / درمانی پیدا نکرده است.
- هنوز عمده بودجه این بخش صرف خدمات درمانی و دارویی می شود. افزون بر علل عمده مرگ و میر در ایران که شامل بیماری های قلبی، تصادم ها و سرطان است،
- برای حل معضلات بزرگ اجتماعی، از جمله سوء مصرف مواد مخدر، سوء تغذیه، بارداری های ناخواسته، خشونت، و بزهکاری نیز می توان از برنامه های آموزش بهداشت و ارتقای سلامت سود برد.

